



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA**  
**NIVEL INICIAL**  
**AUTORIZACIÓN**

El que suscribe padre, madre o tutor del alumno ..... del Centro Educativo Siglo 21, que cursa el ..... año, toma conocimiento y autoriza para que su hijo realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

**FICHA DE SALUD**

| INDICAR CON UNA CRUZ   | SI | NO |
|--|----|----|
| A) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciones            |    |    |
| B) Padece alguna de las siguientes enfermedades: -<br>Metabólicas Diabetes |    |    |
| -Cardiopatías Infecciosas  |    |    |
| -Hernias inguinales, crurales  |    |    |
| C) Ha padecido en fecha reciente: -<br>Hepatitis (60 días)                 |    |    |
| -Sarampión (30 días)   |    |    |
| -Parotiditis (30 días)   |    |    |
| -Mononucleosis infecciosa (30 días)  |    |    |
| -Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)                  |    |    |
| D) alguna otra situación determinada por el médico                         |    |    |

**NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems de la planilla, deberá presentarse, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular, me comprometo a informar por medios fehacientes. (Adjuntar aptitud física)**

Lugar y fecha:

Notificación, Aclaración, DNI progenitores o tutores:

